Deutscher Bundestag
13. Wahlperiode

Drucksache 13/4343

15. 04. 96

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage des Abgeordneten Manfred Such und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
— Drucksache 13/4129 —

Umfang, Auswirkungen und Prävention des legalen Drogenkonsums

Nach Schätzungen der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren (DHS) ist jeder zwanzigste Deutsche suchtkrank. Ein Großteil dieser Suchtkranken ist von legalen Drogen abhängig: laut „Jahrbuch Sucht 95" schätzt die DHS ca. 2,5 Millionen Alkoholabhängige, 1,4 Millionen Medikamentenabhängige, 17 Millionen behandlungsbedürftige Raucher. Die finanziellen Aufwendungen für die medizinische und soziale Betreuung dieser Süchtigen dürften sich zu Milliardenbeträgen addieren.

Auch wenn jüngeren demoskopischen Studien zufolge die Akzeptanz v. a. Jugendlicher gegenüber legalen Drogen abzunehmen scheint, so kann von einem nachlassenden Problemlösungsbedarf im Bereich dieser Alltagsdrogen kaum gesprochen werden.

Die Bundesregierung weist zwar auf die Gefahren des Mißbrauchs legaler Drogen und die Notwendigkeit hin, auch auf diesem Gebiete die Prävention zu intensivieren (etwa in der Rauschgiftbilanz 1994 des Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Eduard Lintner, vom 21. Februar 1995). Tatsächlich aber scheint die Drogenpolitik der Bundesregierung sich auf die Bekämpfung illegalen Drogenkonsums, repressive Lösungsstrategien und Fragen innerer Sicherheit zu konzentrieren und dem Komplex der legalen Drogen immer noch zu wenig Aufmerksamkeit zu schenken.

(Für die Fragen 1 bis 7 erbitten wir von der Bundesregierung Per-annum-Angaben für die Jahre zwischen 1990 bis 1995, damit auch aktuelle Trends erkennbar werden.)

1. Wie hoch waren in den Jahren von 1990 bis 1995 in Deutschland

   a) der Gesamtverbrauch an alkoholischen Getränken (differenziert nach Branntwein, Schaumwein, Bier, sonstiges),

   b) der Pro-Kopf-Verbrauch an alkoholischen Getränken,

   c) die jeweiligen Erlöse aus der Branntweinabgabe, Schaumweinsteuer und Biersteuer?

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 12. April 1996 übermittelt.
Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Zu a)

Hinsichtlich des Gesamtverbrauches an alkoholischen Getränken ergibt sich in Mio. l:

	90	91	92	93	94
Branntwein	453	605	596	583	564
Schaumwein	353	371	401	412	419
Bier	10 007	11 467	11 665	11 093	11 363
Wein	1 295	1 562	1 769	1 484	1 654

Zu b)

Der Pro-Kopf-Verbrauch an alkoholischen Getränken stellt sich wie folgt in Litern dar:

	90	91	92	93	94
Branntwein	6,2	7,5	7,3	7,0	6,7
Schaumwein	5,1	5,1	5,0	5,1	5,1
Bier	142,7	142,7	144,3	138,1	139,6
Wein	22,0	19,5	19,0	17,5	17,5

Zu c)

Es ergeben sich folgende Steuereinnahmen in Mrd. DM:

	90	91	92	93	94	95
Branntwein	4,2	5,6	5,5	5,1	4,9	4,8
Schaumwein	1,0	1,1	1,1	1,1	1,2	1,1
Bier	1,4	1,6	1,6	1,8	1,8	1,8

2. Wie hoch waren in den Jahren von 1990 bis 1995 in Deutschland
   a) der Gesamtverbrauch an Tabakwaren,
   b) die Zahl der Raucher,
   c) der durchschnittliche Zigarettenverbrauch von Rauchern,
   d) die Erlöse aus der Tabaksteuer?

Zu a)

Der Gesamtverbrauch an Tabakwaren ergibt sich wie folgt:

Erzeugnis	Einheit	1995	1994	1993
Mengen				
Zigaretten	Mio. St.	135 029,3	134 043,8	128 100,0
Zigarren/Zigarillos	Mio. St.	1 062,0	1 408,9	1 154,9
Feinschnitt	t	11 182,6	11 294,4	12 079,0
Pfeifentabak	t	1 095,5	1 101,6	1 227,3
Feinschnittrollen	t	4 441,4	4 411,3	5 476,8

Erzeugnis	Einheit	1992	1991	1990
Mengen				
Zigaretten	Mio. St.	131 152,7	146 479,9	127 695,0
Zigarren/Zigarillos	Mio. St.	1 253,6	1 358,7	1 264,0
Feinschnitt	t	19 593,2	15 168,7	14 265,6
Pfeifentabak	t	1 227,0	1 280,1	1 222,5
Feinschnittrollen	t	19 667,7	18 192,4	16 084,4

Zu b)

Im Rahmen des vom Statistischen Bundesamt durchgeführten Mikrozensus werden in vierjährigem Abstand Fragen zur Gesundheit, u. a. zu den Rauchgewohnheiten, gestellt. Die letzten verfügbaren Daten beziehen sich auf das Jahr 1992. Nach den Ergebnissen dieser Mikrozensusbefragung 1992 bezeichnen sich insgesamt 27,6 % der Bevölkerung als Raucher, 22,5 % geben an, regelmäßig Zigaretten zu rauchen.

Nach der seit 1973 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in regelmäßigen Abständen durchgeführten Untersuchung zur Drogenaffinität Jugendlicher und junger Erwachsener im Alter von 14 bis 25 Jahren fiel die Raucherqoute von 48 % im Jahr 1990 auf 44 % im Jahr 1993. Ursächlich für diesen Rückgang ist die Tatsache, daß weniger Jugendliche anfangen zu rauchen: Der Anteil der Nie-Raucher stieg von 29 % im Jahr 1990 auf 32 % im Jahr 1993.

Zieht man die untere Altersgrenze von 12 statt 14 Jahren, so belegt die Drogenaffinititätsstudie für das Jahr 1993, daß die Raucherquote bei den 12- bis 25jährigen der gesamten Bundesrepublik Deutschland 37 % betrug. Von den Rauchern bezeichneten sich 11 % als Gelegenheitsraucher, so daß als ständige Raucher 26 % – etwa ein Viertel aller Jugendlichen – auszumachen sind.

Zu c)

Der durchschnittliche Zigarettenkonsum betrug nach den Ergebnissen der Mikrozensusbefragung 1992 16 Stück pro Tag.

Nach der Drogenaffinitätsstudie 1993/1994 konsumieren jugendliche Raucher durchschnittlich 14,1 Zigaretten pro Tag. Gelegenheitsraucher rauchen etwa fünf Zigaretten täglich. Die Zahl der von den ständigen Rauchern durchschnittlich pro Tag gerauchten Zigaretten beläuft sich auf 17,6.

34 % aller jugendlichen Raucher geben ihren Zigarettenkonsum pro Tag mit 20 Zigaretten und mehr an.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes ergibt sich je potentiellem Verbraucher folgender annähender Verbrauch pro Jahr.

Annähernder Verbrauch von Zigaretten in Deutschland je potentiellem Verbraucher[1] (St.)	
1990[2]	
1991	2 281
1992	1 986
1993	1 902
1994	2 004
1995	–

1) Personen im Alter von 15 Jahren und darüber.

2) Da ab 1. Juli 1990 auch Lieferungen in die ehemalige DDR der Verbrauchsteuer unterliegen, läßt sich der Verbrauch nach alten und neuen Bundesländern nicht mehr trennen. Das Statistische Bundesamt verzichtet daher für das Jahr 1990 auf die Bekanntgabe dieser Größe.

Quelle: Statisches Bundesamt: Finanzen und Steuern, Fachserie 14, Reihe 9.1.1: Absatz von Tabakwaren, 4. Vierteljahr und Jahr 1994 und 1995.

Zu d)

Zu den Steuereinnahmen ergibt sich folgendes:

Steuereinnahmen in Mrd. DM:

1990	17,4
1991	19,6
1992	19,3
1993	19,5
1994	20,3
1995	20,6

3. Wie hoch waren in den Jahren von 1990 bis 1995 in Deutschland jeweils
   a) der Gesamtverbrauch an Beruhigungs-, Schmerz- und Schlafmitteln,
   b) der Anteil von Personen über 60 Jahren am Verbrauch dieser Mittel,
   c) der Anteil von Frauen am Verbrauch dieser Mittel?

Die Beantwortung dieser Frage beruht auf Angaben der Arzneiverordnungsreporte (AVR) von 1991 bis 1994. Für das Jahr 1995 liegen noch keine Angaben vor. Für den Bereich der privaten Krankenversicherung und die im Rahmen der Selbstmedikation abgegebenen o. g. Arzneimittel liegen keine differenzierenden Zahlen vor.

Die Angaben für den Verbrauch der im Folgenden genannten Arzneimittel sind weiterhin insofern unter Vorbehalt zu nennen, weil durch die seit dem 1. Januar 1994 geltende Zuzahlungsregelung nach Packungsgröße die Packungen von der Analyse des AVR nicht erfaßt wurden, deren Apothekenabgabepreis die Zuzahlung unterschreitet. Diese Rezepte werden in der Regel nicht zur Abrechnung mit den Krankenkassen versandt, bzw. die

Positionen werden auf dem Rezept gestrichen, wenn noch andere Arzneimittel auf dem Rezept verordnet wurden.

Zu a)

Der zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) registrierte Verbrauch an Beruhigungsmitteln, Schmerz- und Schlafmitteln entwickelte sich nach Tabelle 1 wie folgt (ca.-Angaben in Mio. täglich definierter Tagesdosen):

Tabelle 1: Verbrauch in Millionen Tagesdosen bei GKV-Versicherten

	1990	1991	1992	1993	1994
Beruhigungsmittel	528	484	504	422	367
Schlafmittel	442	441	430	403	390
Schmerzmittel	405	457	570	500	353

Der Begriff Schlafmittel ist der Nomenklatur der Roten Liste entnommen und schließt nach dieser Definition die sog. Beruhigungsmittel – auch die pflanzlichen Ursprungs – ein, die nicht sauber von den Schlafmitteln zu trennen sind: Die Übergänge sind hier fließend.

Zu b)

In den Jahren 1990 bis 1994 entfielen jeweils die in der Tabelle 2 genannten prozentualen Anteile an den insgesamt von GKV-Versicherten konsumierten täglichen definierten Tagesdosen auf Versicherte, die bei Anwendung der entsprechenden Arzneimittel 60 Jahre oder älter waren. Eine gesonderte Erfassung der oralen Schmerzmittel jenseits der Antirheumatika sowie eine getrennte Ausweisung der Tranquilizer unter den Psychopharmaka wurde vom AVR im Erfassungszeitraum nicht durchgeführt.

Tabelle 2: Prozentualer Anteil über 60 Jahre bei GKV-Versicherten

	1990	1991	1992	1993	1994
Analgetika/ Antirheumatika	54,2	56,3	56,9	58,4	58,2
Schlafmittel	70,0	71,4	70,3	72,2	71,9
Psychopharmaka	51,8	57,1	57,6	55,9	56,0

Zu c)

Der prozentuale Anteil der von Frauen am Gesamt-GKV-Aufkommen konsumierten täglichen definierten Tagesdosen wird für die entsprechenden Anwendungsgebiete in der folgenden Tabelle 3 wiedergegeben. Bezüglich der Abgrenzungsproblema-

tik bei Schmerzmitteln und Tranquilizern wird auf das unter b) Gesagte verwiesen:

Tabelle 3: Prozentualer Anteil Frauen bei GKV-Versicherten

	1990	1991	1992	1993	1994
Analgetika/ Antirheumatika	62,3	62,2	61,4	62,9	62,3
Schlafmittel	71,4	71,2	71,1	72,7	71,8
Psychopharmaka	69,1	69,3	69,9	69,5	68,9

4. Wie hoch waren in den Jahren von 1990 bis 1995 in Deutschland jeweils (ggf. Schätzwerte)
   a) die Zahl der behandlungsbedürftigen Alkoholkranken,
   b) die Zahl der durch Alkohol Gefährdeten,
   c) die Zahl der Todesfälle aufgrund von Alkoholmißbrauch,
   d) die Zahl der Verkehrsunfälle, die unter Alkoholeinfluß verursacht wurden,
   e) die Zahl der Verkehrsunfälle mit Todesfolge, die unter Alkoholeinfluß begangen wurden,
   f) die Dunkelziffer bei den alkoholbedingten Straßenverkehrs-Unfalltoten,
   g) der Anteil der kriminellen Tatverdächtigen nach Polizeilicher Kriminalstatistik, die z. Z. der Tat unter Alkoholeinfluß standen, an der Gesamtzahl der Tatverdächtigen,
   h) der volkswirtschaftliche Schaden, der durch Alkoholmißbrauch und dessen Folgen (z. B. Arbeitsausfälle, Menschen- und Sachschäden durch Unfälle, Rentenzahlungen etc.) entstand?

Zu a)

Die Zahl der behandlungsbedürftigen Alkoholkranken wurde von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) im „Jahrbuch '90 zur Frage der Suchtgefahren" auf 1 500 000 bis 1 800 000 Personen geschätzt (bezogen auf die „alten" Länder), seit 1993 wird für die alten und neuen Länder die Zahl der behandlungsbedürftigen Alkoholkranken auf 2,5 Mio. Personen geschätzt.

Diese grobe Schätzzahl behandlungsbedürftiger Alkoholkranker ist in Relation zu setzen zu der Zahl derjenigen Alkoholkranken, die tatsächlich im Laufe eines Jahres ambulante oder stationäre Behandlung suchen. Genauere Angaben hierzu wären von den Ländern einzuholen, die nach dem Grundgesetz für Gesundheitsvorsorge und Krankenversorgung zuständig sind, bzw. von den Kranken- und Rentenversicherungsträgern sowie den Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege, die die Länder bei der Erfüllung ihrer Versorgungspflicht unterstützen. Detaillierte Auskünfte anhand der Daten der teilnehmenden Einrichtungen geben die Jahresstatistiken der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke (EBIS) sowie der stationären Suchtkrankenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland (SEDOS), die die DHS in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Caritasverband, dem Gesamtverband der Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland und

dem Institut für Therapieforschung München (IFT) veröffentlicht und die mit Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit gefördert werden.

Die Jahresstatistik 1994 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke basiert auf den Daten zu über 100 000 Personen aus 443 ambulanten Einrichtungen, davon 86 aus den neuen Ländern. Die Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit wurde bei 68,8 % der Männer und 44,5 % der Frauen im Westen, bei 93,3 % der Männer und 70,1 % der Frauen im Osten gestellt.

Die „Jahresstatistik 1994 der stationären Suchtkrankenhilfe" berichtet auf der Grundlage von 9237 Behandlungen (aus 86 Einrichtungen), daß in knapp 78 % der Fälle primärer Faktor der Behandlungsbedürftigkeit Alkoholabhängigkeit war. Die Daten für 1995 sind noch nicht veröffentlicht.

Zu b)

Als durch Alkohol Gefährdete werden im folgenden Personen mit sog. „schädlichem Alkoholgebrauch" verstanden, das ist bei Frauen eine Reinalkoholmenge von mehr als 20 g pro Tag, bei Männern von mehr als 40 g pro Tag.

Die Zahl der im Sinne dieser Definition durch Alkohol Gefährdeten läßt sich auf der Grundlage der „Repräsentativerhebungen zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland" angeben, die seit 1982 zunächst alle vier Jahre, 1990/91 erstmalig in den alten und neuen Bundesländern (schriftlich) und 1992 erneut schriftlich in den neuen Bundesländern durchgeführt wurde. Um Entwicklungstrends beim Mißbrauch psychoaktiver Substanzen schnell und frühzeitig zu erfassen, findet seit 1994 im Herbst eine jährliche telefonische Befragung von ca. 2 500 Personen aus der deutschsprachigen Wohnbevölkerung zwischen 18 und 59 Jahren statt (1990 und 1992 wurde die Gruppe der 12- bis 39jährigen befragt), eine umfangreichere schriftliche Befragung wurde – auch zur Absicherung der telefonischen Befragungsergebnisse – im Frühjahr 1995 durchgeführt; eine Wiederholungsbefragung ist für 1997 vorgesehen.

Der Anteil der befragten Männer mit schädlichem Alkoholkonsum betrug im Westen 1990 9,6 %, 1994 (telefonisch) 8,2 % (hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung 1,7 Mio. Personen), 1995 (schriftlich) 15,1 % (hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung 3,1 Mio. Personen), 1995 (telefonisch) 7,5 %; im Osten 1990 15,3 %, 1992 13,8 %, 1994 (telefonisch) 18,6 % (hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung 870 000 Personen), 1995 (schriftlich) 20,5 % (hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung 1,0 Mio. Personen), 1995 (telefonisch) 13,6 %.

Der Anteil der befragten Frauen mit schädlichem Alkoholkonsum betrug im Westen 1990 9,6 %, 1994 (telefonisch) 7,5 % (hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung 1,4 Mio. Personen), 1995 (schriftlich) 10,0 % (hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung 1,9 Mio. Personen), 1995 (telefonisch) 6,8 %; im Osten 1990 8,5 %, 1992 6,3 %, 1994 (telefonisch) 9,8 % (hochgerechnet auf die

Wohnbevölkerung 870 000 Personen), 1995 (schriftlich) 10,5 % (hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung 500 000 Personen), 1995 (telefonisch) 5,9 %.

Bei der Interpretation der Daten ist größte Zurückhaltung geboten. Die Prozentangaben sind nur bedingt vergleichbar, da nach den Befragungen 1990/92 insbesondere in Angleichung an internationale Standards die Repräsentativerhebung umstrukturiert wurde. So wurden 1990 und 1992 12- bis 39jährige befragt, seit 1994 aber 18- bis 59jährige.

Insgesamt liegen die Zahlen der schriftlichen Befragung vom Frühjahr 1995 größtenteils höher als die der telefonischen vom Herbst 1994 und Herbst 1995. Dies mag mit einer leichten Zunahme des Mißbrauchsverhaltens zusammenhängen, mit Zufallsschwankungen, aber auch mit höherer Bereitschaft, sozial unerwünschtes Verhalten eher auf einem Fragebogen als im telefonischen Kontakt zuzugeben. Weitere Aufschlüsse sind durch die Erhebungen 1996/97 zu erwarten.

Die Frage von Entwicklungstrends hintangestellt, kann man aufgrund der Erhebungen 1994/95 sowohl nach den Mengenangaben als auch nach den Angaben zu Folgen des Mißbrauchsverhaltens auf insgesamt ca. 6,5 Mio. Personen mit problematischem Alkoholgebrauch schließen. Die größten Anteile finden sich in den höheren Altersgruppen (ab 40 Jahre).

Hinsichtlich Jugendlicher und junger Erwachsener erlaubt die Wiederholungsbefragung 1993/94 der Studie zur „Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland", die die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) seit 1973 im Abstand von ca. drei Jahren unter 12- bis 25jährigen durchführt, folgende Feststellungen: Jugendliche trinken 1993 weniger häufig Alkohol als 1973. Die Anteile der 14- bis 25jährigen, die mindestens einmal pro Woche Bier, Wein bzw. Spirituosen trinken, sind in den letzten 20 Jahren deutlich zurückgegangen. Ebenfalls läßt sich seit 1976 ein Rückgang derjenigen feststellen, die täglich oder mehrmals in der Woche Alkohol trinken.

Zu c)

Die Zahl der Todesfälle aufgrund von Alkoholmißbrauch schätzt die DHS auf jährlich 30 000 bis 40 000.

Zu d)

Nach der amtlichen Statistik des Statistischen Bundesamtes betrug die Zahl der Verkehrsunfälle, die unter Alkoholeinfluß verursacht wurden:

1990	38 511
1991	41 603
1992	40 823
1993	40 998
1994	39 892

Für 1995 liegt die abschließende amtliche Statistik noch nicht vor.

Zu e)

Die Zahl der Verkehrsunfälle mit Todesfolge, die unter Alkoholeinfluß begangen wurden, betrug:

1990	1 940
1991	2 229
1992	2 102
1993	2 048
1994	1 828

Zu f)

Spezifische Schätzungen zu dem Dunkelfeld bei alkoholbedingten Straßenverkehrsunfällen mit Todesfolge gibt es nicht. Vielfach wird aufgrund von früheren polizeilichen Schätzungen von einer Dunkelziffer von 1 zu 600 ausgegangen, neuere Schätzungen kommen auch zu höheren Zahlen.

Zu g)

Ein Alkoholeinfluß im Sinne der Polizeilichen Kriminalstatistik liegt vor, wenn dadurch die Urteilskraft des Tatverdächtigen während der Tatausführung beeinträchtigt war. Maßgeblich ist ein offensichtlicher oder nach den Ermittlungen wahrscheinlicher Alkoholeinfluß.

Dieses vorausgeschickt ergibt sich folgendes Bild:

Jahr	Tatverdächtige unter Alkoholeinfluß	Anteil an der Gesamtzahl der Tatverdächtigen
1990	141 180	9,8 %
1991	142 135	9,7 %
1992	138 349	8,7 %
1993	133 720	8,0 %
1994	160 805	7,9 %

Das Zahlenmaterial umfaßt für das Jahr 1990 lediglich die alten Bundesländer und Berlin (West) und für die Jahre 1991 bis einschließlich 1993 die alten Bundesländer einschließlich Gesamt-Berlin. Eine Erfassung für das gesamte Bundesgebiet ist erstmals 1994 erfolgt. Die Daten für 1995 liegen gegenwärtig noch nicht vor.

Zu h)

Der Bundesregierung liegen dazu keine Erkenntnisse vor.

5. Wie hoch waren in den Jahren von 1990 bis 1995 in Deutschland (ggf. Schätzwerte)
   a) die Zahl der behandlungsbedürftigen Raucher (Suchtraucher),
   b) die Zahl der gefährdeten Raucher (Gewohnheitsraucher),
   c) die Zahl der Todesfälle aufgrund von Tabakkonsum,
   d) der volkswirtschaftliche Schaden, der durch Tabakkonsum entstand?

Zu diesen Fragen liegen keine statistischen Angaben vor.

6. Wie hoch waren in den Jahren von 1990 bis 1995 in Deutschland (ggf. Schätzwerte)
   a) die Zahl der Medikamentenabhängigen,
   b) der volkswirtschaftliche Schaden, der jährlich durch Medikamentenmißbrauch entstand?

Zu a)

Die DHS ging bis 1994 von etwa 800 000 Medikamentenabhängigen in Deutschland aus. Auf Grund einer Untersuchung von Jörg Remien auf der Basis des ärztlich verordneten Arzneimittelverbrauchs aller Versicherten einer Krankenkasse hat die DHS die Schätzzahlen nach oben korrigiert. Die DHS geht bei ihrer Vorausschätzung für 1996 von 1,2 bis 1,4 Mio. Medikamentenabhängigen aus.

Zu b)

Dazu liegen der Bundesregierung keine Angaben vor.

7. Wie hoch waren in den Jahren von 1990 bis 1995 in Deutschland nach Erkenntnissen der Bundesregierung
   a) die Zahl der Verkehrsunfälle, die unter Medikamenteneinfluß begangen wurden,
   b) die Zahl der Verkehrsunfälle mit Todesfolge, die unter Medikamenteneinfluß begangen wurden?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Zahlen vor.

8. Falls der Bundesregierung weder empirische Erkenntnisse noch valide Schätzwerte zum Einfluß von Medikamentenmißbrauch bei der Verursachung von Straßenverkehrsdelikten vorliegen, welche Schritte wird die Bundesregierung einleiten, um den Einfluß von Medikamentenmißbrauch bei der Verursachung von Straßenverkehrsdelikten zukünftig feststellen zu können?

Die Feststellung von Medikamenteneinfluß bei Verkehrsunfällen setzt voraus, daß die Polizei auf Grund bestimmter Anzeichen (beim Betroffenen, Art des Unfalles) Veranlassung hat, der Frage eines Medikamenteneinflusses nachzugehen und weitere Untersuchungen durchführen zu lassen. Die Bundesregierung entwickelt in einem Forschungsprojekt von 1995/1996 ein spezielles Schulungsprogramm für Polizeibeamte, das sich mit der „Entdeckung von unter Drogen stehenden Kraftfahrerinnen und

Kraftfahrern bei Polizeikontrollen" befaßt. Ziel dieses Programms ist es, den Polizeibeamten Kenntnisse zu vermitteln, auf Grund derer sie in der Lage sind, Anzeichen von Drogen- oder Medikamenteneinfluß bei Verkehrsteilnehmern leichter zu erkennen.

9. Wie hoch waren in den Jahren von 1990 bis 1995 in Deutschland (ggf. Schätzwerte)
   a) die Zahl der Konsumenten sog. Schnüffelstoffe (Mißbrauch chemischer Lösungsmittel),
   b) die Zahl der von Schnüffelstoffen Abhängigen?

Zu a)

Der Anteil derjenigen unter den 18- bis 39jährigen, die jemals in ihrem Leben sog. Schnüffelstoffe konsumiert haben, betrug bei der „Repräsentativerhebung 1990 zum Konsum und Mißbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren" (siehe die Ausführungen zu Frage 4 b) im Westen 1,3 %, im Osten 0,4 % der Befragten, bei der Repräsentativerhebung 1995 (schriftlich) 1,3 % im Westen, 0,7 % im Osten, 1995 (telefonisch) 0,6 % im Westen, 0,5 % im Osten.

Zu b)

Aufgrund der niedrigen Zahl der Konsumenten von Schnüffelstoffen insgesamt ist die Bezifferung der manifest Abhängigen kaum möglich. In den Jahresstatistiken der Einrichtungen ambulanter und stationärer Suchtkrankenhilfe (siehe Ausführungen zu Frage 4 a) beträgt der Anteil derer, die wegen schädlichen Gebrauchs oder Abhängigkeitssyndroms in bezug auf flüchtige Lösungsmittel behandelt wurden, weniger als 1 % aller Klienten.

10. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß
    a) entschiedener als bisher dem Mißbrauch legaler Drogen begegnet werden muß,
    b) die Konzentration der Drogenpolitik auf die Bekämpfung von Drogenkriminalität dazu führen kann, daß die Bereiche der Suchttherapie und Suchtprävention und sowie das Problem legalen Drogenmißbrauchs an öffentlicher Aufmerksamkeit verlieren?

Zu a)

Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß dem Problem des Mißbrauchs legaler Suchtmittel noch gezielter begegnet werden muß. Insbesondere ist es dabei wichtig, daß über die Bundesebene hinaus auch die Länder, die Kommunen, die Freien Träger und alle wesentlichen gesellschaftlichen Gruppen in ihren Verantwortungsbereichen gezielter die Thematik des Mißbrauchs legaler Suchtmittel aufgreifen. Für den Bereich Alkohol z. B. bietet der Europäische Aktionsplan Alkohol hierfür eine Grundlage.

Zu b)

Die Bundesregierung teilt diese Auffassung nicht, denn für die „öffentliche Aufmerksamkeit" eines Themas spielen sehr unterschiedliche Faktoren eine Rolle.

Soweit die Drogenpolitik der Bundesregierung betroffen ist, hat sie im Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan und darüber hinaus in all ihren Stellungnahmen deutlich gemacht, daß die Reduzierung des Angebotes an Drogen (Bekämpfung von Drogenkriminalität) und die Reduzierung der Nachfrage (Prävention und Therapie) gleich wichtige Maßnahmenschwerpunkte sind und daß ein ausgewogenes Verhältnis von repressiven zu präventiven und therapeutischen sowie rehabilitativen Maßnahmen herzustellen ist. Sie hat im Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan die legalen Suchtmittel ausdrücklich eingeschlossen.

11. a) Ist die Bundesregierung bereit, den Vorschlag aus dem Arbeitskreis Drogen der Fraktion der CDU/CSU aufzugreifen, „eine Einschränkung der Werbung für alkoholische Getränke" vorzunehmen und als ersten Schritt z. B. „Fernsehwerbung für Spirituosen auf die ‚jugendfreiere' Zeit nach 23 Uhr (zu) beschränken", und falls nein, aus welchen Gründen ist sie es nicht?

b) Welche diesbezüglichen Initiativen plant die Bundesregierung?

Für die Werbung für alkoholische Getränke bestehen bereits Beschränkungen.

Zunächst unterliegt diese Werbung den allgemeinen Rechtsvorschriften, insbesondere den Regelungen zur Beschränkung der Werbung des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb und des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetzes.

Darüber hinaus kommt als spezielle Rechtsvorschrift für die Werbung für alkoholische Getränke im Fernsehen das Gesetz vom 27. Mai 1994 zu dem Europäischen Übereinkommen vom 5. Mai 1989 über das grenzüberschreitende Fernsehen (BGBl. 1994 II S. 638) zur Anwendung. Nach Artikel 15 Abs. 2 dieses Übereinkommens muß Fernsehwerbung für alkoholische Getränke bestimmten inhaltlichen Anforderungen entsprechen. Beispielsweise darf sie sich nicht eigens an Minderjährige richten; niemand, der wie ein Minderjähriger aussieht, darf in der Werbung mit dem Konsum alkoholischer Getränke in Zusammenhang gebracht werden.

Der genannte Artikel des Europäischen Übereinkommens über das grenzüberschreitende Fernsehen entspricht inhaltlich dem Artikel 15 der Richtlinie des Rates vom 3. Oktober 1989 zur Koordinierung bestimmter Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Ausübung der Fernsehtätigkeit (89/552/EWG).

Neben diesen Rechtsvorschriften bestehen für die Werbung für alkoholische Getränke in der Bundesrepublik Deutschland seit 1976 Selbstbeschränkungsvereinbarungen der betroffenen Wirtschaftskreise, mit denen Mißbräuchen in der Werbung entgegengewirkt werden soll. Hierin ist beispielsweise festgelegt, daß in

der Werbung für alkoholische Getränke keine Aussagen und Darstellungen erfolgen sollen, die auf die Beseitigung oder Überwindung von psychosozialen Konflikten abstellen. Die Einhaltung dieser privatrechtlichen Vereinbarungen, die auch für die Werbung im Fernsehen gelten, wird vom Deutschen Werberat überwacht.

Eine von der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten der Länder eingesetzte Arbeitsgruppe erarbeitet derzeit unter Mitwirkung des Bundes eine Konzeption für einen Aktionsplan Alkohol. In diesem Rahmen wird auch geprüft werden, ob und gegebenenfalls welche weiteren Beschränkungen der Werbung für alkoholische Getränke geboten sind. Die Bundesregierung wird auf eine entsprechende Erweiterung der Selbstbeschränkungsvereinbarungen hinwirken und gegebenenfalls an die Europäische Kommission herantreten mit dem Ziel einer Änderung der Fernseh-Richtlinie.

12. Sind Initiativen der Bundesregierung geplant, die die Verfügbarkeit von Medikamenten mit Mißbrauchspotential sowie die Werbung hierfür weiter einschränken?

Arzneimittel unterliegen auch hinsichtlich ihrer mißbräuchlichen Verwendung der Beobachtung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Wird festgestellt, daß solche Arzneimittel häufig in erheblichem Umfang nicht bestimmungsgemäß gebraucht werden und dadurch die Gesundheit unmittelbar oder mittelbar gefährdet werden kann, können sie dem freien Zugriff durch Unterstellung über die Verschreibungspflicht entzogen werden. Die Bundesregierung wird nicht zögern, dies zu tun, sobald ihr Erkenntnisse zu einem solchen Mißbrauch bei bestimmten Arzneimitteln vorliegen. Die Unterstellung erfolgt nach Anhörung von Sachverständigen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates.

Nach bestehendem Recht des Heilmittelwerbegesetzes darf nach § 10 Abs. 2 für Arzneimittel, die die Stimmungslage beeinflussen, außerhalb der Fachkreise nicht geworben werden. Hierzu dürften die in Frage stehenden Arzneimittel zählen. Unterstehen sie der Verschreibungspflicht, so darf für sie nur bei Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten, Apothekern und Personen, die mit diesen Arzneimitteln erlaubterweise Handel treiben, geworben werden.

Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß eine Verschärfung gesetzlicher Bestimmungen nicht erforderlich ist.

13. a) Wie beurteilt die Bundesregierung – z. B. vor dem Hintergrund der Erfahrungen, die bei der Durchführung des Aktionsprogramms Alkohol gesammelt worden sind – den Bedarf an spezifischen, auf den Mißbrauch legaler Drogen zugeschnittenen Präventionsprogrammen?

b) Wenn die Bundesregierung zusätzlichen Bedarf an spezifischen, auf den Mißbrauch legaler Drogen zugeschnittenen Präventionsprogrammen sieht, wie hoch schätzt sie dann den Finanzbedarf für solche Programme etwa für die laufende Legislaturperiode?

Zu a)

Prävention ist nach der verfassungsmäßigen Ordnung der Bundesrepublik Deutschland zu allererst eine Aufgabe von Ländern, Kommunen und Krankenkassen.

Seit der Verabschiedung des Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplans 1990 stehen der Bundesregierung erstmals Mittel in größerem Umfang für die Suchtprävention zur Verfügung. Diese liegen derzeit bei ca. 20 Mio. DM. Der Nationale Rauschgiftbekämpfungsplan betont die Notwendigkeit, einen Schwerpunkt auf die Suchtvorbeugung zu legen, d. h. bereits im Vorfeld des Mißbrauchs von Suchtmitteln tätig zu werden. Diese Strategie basiert auf der Einsicht, daß Mißbrauchsverhalten und Sucht nicht erst durch den Kontakt zu Suchtmitteln entsteht, sondern sich bereits im Kindes- und Jugendalter entwickelt. Dabei gilt von Anfang an die Aufmerksamkeit nicht allein den illegalen Drogen. Auch legale Suchtmittel wie Alkohol und Tabak werden in die Präventionsbemühungen einbezogen. Der Nationale Rauschgiftbekämpfungsplan zielt daher konsequent auf die Einhaltung folgender Ziele:

- totale Abstinenz im Hinblick auf illegale Drogen,
- selbstkontrollierter Umgang mit legalen Suchtmitteln, z. B. Alkohol und Tabak, bzw. weitgehende Abstinenz,
- bestimmungsgemäßer Gebrauch von Medikamenten.

Die Aufgabe von Suchtprävention ist es, diejenigen Einstellungen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen zu fördern, die vor Suchtmittelgebrauch schützen. Zur Lebenskompetenzförderung gehört auch eine altersangemessene Auseinandersetzung mit dem Angebot von Suchtmitteln. Eine jugendspezifische Suchtprävention muß die Entwicklung psychosozialer Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in ihren Mittelpunkt stellen und vorrangig drogenunspezifisch ausgerichtet sein. Gleichwohl bleibt die Aufklärung über die Wirkungsweisen von Suchtmitteln – insbesondere von Alkohol – ein fester Bestandteil der Prävention.

Im Einvernehmen mit einem entsprechenden Beschluß der Jugendministerkonferenz vom 17./18. Juni 1993 zur Frage der „Weiterentwicklung des Hilfesystems in der Suchtprävention" hat die Bundesregierung diese Auffassung noch einmal ausdrücklich bestätigt.

Auf Bundesebene hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit ein umfangreiches Maßnahmenpaket zur Suchtprävention realisiert. Dabei wurde der Schwerpunkt auf Primärprävention, d. h. Vorbeugung von Mißbrauchsverhalten und Sucht gelegt.

Ein spezifisches Programm zur Prävention des Mißbrauchs legaler Suchtmittel hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zum Tabak realisiert. Die Kampagne zur Förderung des Nichtrauchens setzt zur Zeit ihren Schwerpunkt auf das Vorbildverhalten von Erwachsenen und den Nichtraucherschutz gegenüber Kindern und Jugendlichen.

Auch für das Thema Alkohol wird die Notwendigkeit spezifischer Angebote gesehen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist zur Zeit in Vorbereitung weiterer alkoholspezifischer Maßnahmen, die ab 1997 umgesetzt werden sollen.

Zu b)

Ein genauer Finanzbedarf läßt sich derzeit nicht bestimmen. Derzeit entwickelt eine Arbeitsgruppe des Ausschusses für Suchthilfe der AGLMB eine Konzeption zu einem Aktionsplan Alkohol. In dieser Arbeitsgruppe arbeitet auch ein Vertreter des Bundesministertums für Gesundheit mit. Zu der Konzeptionsentwicklung muß auch die Einschätzung eines eventuellen zusätzlichen Finanzbedarfs gehören, und zwar über die Bundesebene hinaus auch für die Länder, Kommunen, die Freien Träger, Krankenkassen und weiterer einzubeziehender gesellschaftlicher Gruppen.

14. a) Welche gegenwärtig laufenden Forschungs- oder Aufklärungsprogramme der Bundesregierung widmen sich explizit dem Mißbrauch legaler Drogen und dessen Prävention?
    b) Wie hoch sind die Haushaltsmittel, die die Bundesregierung gegenwärtig für solche Programme eingeworben hat?
    c) Wie hoch veranschlagt die Bundesregierung den Mehrbedarf?
    d) Welchen Anteil an den gesamten, für drogenpolitische Initiativen der Bundesregierung – im Rahmen des Nationalen Rauschgift-Bekämpfungsplans – ausgewiesenen Mitteln machen diese Haushaltsmittel aus?

Zu a) und b)

Im Rahmen eines eigens hierzu eingerichteten Förderschwerpunktes „Biologische und Psychosoziale Faktoren von Drogenmißbrauch und Drogenabhängigkeit" hat das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie 1994 mit der Förderung von Vorhaben auf dem Gebiet der Suchtforschung begonnen. Es besteht die Absicht, bis Mitte 1996 insgesamt 25 Vorhaben bzw. Forschungsverbünde in die Förderung aufzunehmen, von denen sich 19 ausschließlich oder in wesentlichen Teilen mit Fragen der Abhängigkeit von legalen Suchtmitteln befassen. Von der gesamten Fördersumme von 34 Mio. DM sind hier 22 Mio. DM vorgesehen.

Angesichts der sehr kurzen Beantwortungsfrist ist es nicht möglich, die Aktivitäten von Deutscher Forschungsgemeinschaft oder Max-Planck-Gesellschaft in diesem Bereich, die auch mit erheblichen Bundesmitteln gefördert werden, zu berücksichtigen.

Die Aufklärung über den Mißbrauch legaler Drogen ist fester Bestandteil aller Projekte, die derzeit im Rahmen des Kinder- und Jugendplans seitens des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert werden. In diesem Zusammenhang kann beispielhaft erwähnt werden ein Projekt „TEENEX – ein primär-präventives Programm von Jugendlichen für Jugendliche in der Suchtprävention" des Pad e. V., Berlin. Dieses Programm hat zum Ziel, Jugendliche selbst zu Multiplikatoren für

ein suchtfreies Leben zu befähigen. Diesem Ziel dienen spezifische Workcamps in mehreren Bundesländern.

In einem Projekt „Mitmachzirkus" sollen Kinder Selbstsicherheit und soziales Lernen einüben und vertiefen. An 18 Standorten in Nordrhein-Westfalen sollen die einzelnen Hilfesysteme vor Ort durch die Möglichkeit der Teilnahme am Projekt vernetzt werden. Projektträger sind die nordrhein-westfälischen Diözesan-Caritasverbände.

1995 konnte ein erfolgreiches Projekt „Mach Dich nicht zu – zeig was Du kannst!" abgeschlossen werden, das sich an acht- bis 14jährige Kinder in offenen Einrichtungen der Kinder- und Jugendarbeit richtete und in besonderer Weise die Vorbeugung von Alkoholmißbrauch zum Inhalt hatte. Zwischenzeitlich wurde ein „Werkkoffer Suchtvorbeugung in der Kinder- und Jugendarbeit" mit einer Fülle praktischer Präventionsbeispiele in hoher Auflage gefördert, der Jugendfreizeitstätten im gesamten Bundesgebiet zur Verfügung gestellt wurde. Solche und andere Projekte werden im Programm „Suchtprävention im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe" des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert. Sie sollen Impulse für die Weiterentwicklung und Verbesserung der Suchtprävention geben.

Im Bereich des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend stehen für Modellprojekte zur Suchtprävention im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe derzeit 1,2 Mio. DM zur Verfügung.

Der Bundesminister für Gesundheit hat von 1991 bis 1995/96 das Modellvorhaben „integrierte Suchtberatungsstellen in den neuen Ländern" gefördert. 14 Beratungsstellen in den neuen Ländern haben u. a. neue Konzepte in der Suchtprävention insbesondere auch zum Thema Alkohol und Medikamente erprobt. Im Förderzeitraum werden dafür mehrmals 13 Mio. DM zur Verfügung gestellt.

An der Universität Dortmund wird von Frau Prof. Dr. Franke derzeit das Forschungsvorhaben „Frauen und Gesundheit (Sexualität und Partnerschaft alkohol-, medikamenten- und drogenabhängiger Frauen)" durchgeführt. Dieses Vorhaben untersucht frauenspezifische Aspekte der Suchtentstehung und -entwicklung mit dem Ziel, Hinweise für effektive Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu erarbeiten. Das Vorhaben wird vom Bundesministerium für Gesundheit von 1995 und 1996 mit 930 000 DM gefördert.

Die soeben von PD Dr. John, Universität Lübeck, abgeschlossene Studie „Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung" wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit in Höhe von 950 000 DM gefördert. Dieses Vorhaben hatte u. a. die Zielsetzung, Patienten mit problematischem Alkoholkonsum im Krankenhaus frühzeitig zu erkennen, und sekundärpräventiven Interventionen zuzuführen. Die Ergebnisse dieser Studie werden

weitere Umsetzung in verschiedenen Modellprogrammen des Bundes erfahren.

Die in den Antworten zu den Fragen 4 a), b) und 9 erwähnten Repräsentativerhebungen und Dokumentationssysteme werden kontinuierlich weiter ausgewertet und auch 1996/97 durchgeführt.

1996 sind für die Repräsentativerhebung 1,2 Mio. DM vorgesehen. Für das EBIS/SEDOS-Dokumentationssystem werden 1996 800 000 DM Bundesmittel vorgesehen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung führt seit 1973 in Abständen von drei Jahren eine Untersuchung zur Drogenaffinität Jugendlicher und junger Erwachsener im Alter von zwölf bis 25 Jahren durch, wobei der Begriff „Drogenaffinität" nicht nur die illegalen Rauschmittel einbezieht. Alkohol, Zigaretten und Medikamente bilden bei der Datenerhebung und Auswertung einen Schwerpunkt (die Kosten für jede Wiederholungsbefragung belaufen sich auf ca. 450 000 DM).

Seit 1987 führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens „Ohne Rauch geht's auch" durch. Mit der Verabschiedung des Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplanes konnte diese Kampagne intensiviert und ausgebaut werden. Neben massenkommunikativen Maßnahmen (Anzeigen, Innenraumplakate, Kino- und TV-Spots) wird ein umfangreiches Medienangebot zum Thema Nichtraucherschutz und Raucherentwöhnung sowie ein Kursprogramm zur Raucherentwöhnung bereitgestellt (seit Verabschiedung des Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplanes ca. 3 bis 4 Mio. DM pro Jahr).

Mit finanzieller Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung entwickelt die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 1996 Material zum Thema Alkohol (Kosten 1996 ca. 300 000 DM).

Zu c)

Ein Mehrbedarf läßt sich sinnvoll nur auf der Basis von Angaben aller für Forschungs- und Präventionsprogramme zuständigen öffentlichen und privaten Träger schätzen. Eine solche Analyse liegt nicht vor.

Zu d)

Der Anteil der spezifischen, d. h. auf den Mißbrauch legaler Suchtmittel (Alkohol, Tabak, Medikamente) zugeschnittenen Forschungs- und Aufklärungsprogramme läßt sich nicht beziffern, da – wo immer fachlich sinnvoll und möglich – sowohl bei Maßnahmen der Primärprävention also auch bei Modell- und Forschungsvorhaben sowohl illegale Drogen als auch legale Suchtmittel thematisiert, erforscht und einbezogen werden.

15. Inwieweit unterstützt die Bundesregierung Präventionsprogramme der Krankenkassen und freier Träger hinsichtlich des Ge- und Mißbrauchs legaler Drogen?

Das Bundesministerium für Gesundheit fördert die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren und ihre Mitgliedsverbände seit vielen Jahren im Rahmen der institutionellen und projektbezogenen Förderung aus dem Bundeshaushalt. Die Arbeit der DHS insbesondere auch deren Projekte sind in wesentlichen Teilen auch auf die Prävention des legalen Suchtmittelmißbrauchs ausgerichtet. Für die institutionelle Förderung der DHS sind im Haushalt 1996 1,1 Mio. DM und für projektbezogene Förderungen rund 570 000 DM vorgesehen.

Die dem Bundesministerium für Gesundheit nachgeordnete Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unterstützt finanziell die Aktivitäten der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, die 1996 ihren Schwerpunkt auf das Thema Alkohol legt. Darüber hinaus unterstützt die BZgA primärpräventive Initiativen von Trägerverbänden im Bereich Erwachsenen- und Familienbildung, Kindergärten, offene Jugendarbeit und Sportverbänden. Beispielsweise wird bei der Kooperation mit dem DSB, DLV und DTB (Aktionen, Fortbildungen und sonstige Arbeitshilfen für Jugend- und Übungsleiter) die Frage, wie im Verein mit sogenannten Alltagsdrogen, Tabak und Alkohol umgegangen wird, schwerpunktmäßig thematisiert.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat ein Kursprogramm „Nichtrauchen in zehn Wochen" entwickelt und bietet seit vielen Jahren, vor allem Krankenkassenmitarbeitern, die Schulung zum Kursleiter an. Arbeitshilfen für den Kursleiter sowie Teilnehmermaterialien wurden von der BZgA entwickelt und werden den Krankenkassen zur Verfügung gestellt.

16. Inwieweit unterstützt die Bundesregierung externe wissenschaftliche Untersuchungen, die sich explizit mit dem Mißbrauch legaler Drogen und Möglichkeiten einer Prävention legalen Drogenmißbrauchs befassen?

Hierzu wird auf die Antworten zu den Fragen 14 a) und b) verwiesen.

17. Wie beurteilt die Bundesregierung die Möglichkeit, über die Anpassung der Verbrauchssteuern auf Alkoholika und Tabak den Konsum dieser „Genußmittel" zu steuern?

Eine Konsumsteuerung mittels Verbrauchssteuern ist nur in sehr begrenztem Maße möglich. Bei drastischen Steuererhöhungen werden die Verbraucher offensichtlich zu Käufen im benachbarten, meist preiswerteren Ausland bewogen bzw. weichen sie auf den Schwarzmarkt aus (siehe Zigarettenschwarzmarkt insbesondere in den neuen Bundesländern). Steuererhöhungen mit

dem Ziel eines Konsumrückgangs sind mithin kein geeignetes Mittel.

18. Ist die Bundesregierung bereit, den Vorschlag aufzugreifen, einen Teil der Einnahmen aus den Verbrauchssteuern auf Alkoholika (und Tabakwaren) inhaltlich zweckgebunden (durch Vergabe entsprechender Haushaltstitel) für die Suchtpräventionsarbeit und die Therapie von Drogenabhängigen zu verwenden (vgl. Drucksache 12/3990, Frage 37 des Abgeordneten Dr. Burkhard Hirsch), und falls nein, aus welchen Gründen nicht?

Die Bundesregierung ist nicht bereit, diesen Vorschlag aufzugreifen.

Die Verbrauchssteuern auf Tabak und Alkohol sind Bundessteuern, die der Deckung des Bundeshaushalts insgesamt dienen. Eine Zweckbindung, auch von Teilen dieser Steuern, widerspricht den Grundsätzen des Haushaltsrechts.

Druck: Thenée Druck, 53113 Bonn, Telefon 91781-0
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333